IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 67)
z dnia 13 kwietnia 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 67)

13 kwietnia 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa**, przewodniczącego Komisji, oraz posła **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1013).

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz **Irena Rej** prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Maria Iwaszkiewicz** i **Radosław Iłowiecki** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dzień dobry państwu. Proszę uprzejmie o zalogowanie się do systemu: zdalnie oczywiście przez zastosowanie odpowiedniej platformy i naciśnięcie guzika po otwarciu głosowania nad kworum, natomiast tutaj, na sali przez zalogowanie się do systemu za pomocą kart do głosowania. Myślę, że nie będziemy zwlekać.

Chciałbym otworzyć posiedzenie Komisji Zdrowia zwołane przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

Na początku przystąpimy do stwierdzenia kworum. Proszę państwa obecnych na sali o naciśnięcie określonego guzika. Ten przycisk jest nieistotny, ponieważ mówimy o stwierdzeniu kworum. Państwa uczestniczących w posiedzeniu Komisji zdalnie również proszę o naciśnięcie tego guzika. Otwieram stwierdzanie kworum.

Proszę państwa, zostawię głosowanie nad kworum otwarte. Już teraz wiemy, że liczba posłów uczestniczących w posiedzeniu Komisji powoduje, że mamy kworum. Chciałbym w związku z tym przystąpić do kontynuacji posiedzenia.

Chciałbym jeszcze wygłosić taką formułkę. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji od 13 lutego 2020 r. do końca czerwca 2020 r. Były to posiedzenia Komisji odpowiednio od nr 12 do nr 20. Wobec niewniesienia żadnych zastrzeżeń do tych protokołów uznaję, że zostały one przez Komisję przyjęte. Dziękuję bardzo.

Porządek dzisiejszego posiedzenia zwołanego przez panią marszałek Sejmu przewiduje pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Ten projekt jest zawarty w druku nr 1013. W związku z tym przechodzimy do realizacji porządku dziennego.

Marszałek Sejmu w dniu 16 marca 2021 r. skierowała rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zawarty w druku nr 1013, do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania. Informuję, że wpłynęły opinie Biura Analiz Sejmowych, prawna i merytoryczna. Zostały one wysłane do państwa posłów i zamieszczone w odpowiednich, zdal-

nych, poselskich informacjach w folderze SDI. Dostępne są również w formie papierowej. Jeżeli ktoś z państwa chciałby z nich skorzystać, proszę zwrócić się do sekretariatu Komisji.

Chciałbym przystąpić do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 1013. Przypominam, że zgodnie z art. 39 ust. 1 regulaminu Sejmu pierwsze czytanie obejmuje uzasadnienie projektu przez wnioskodawcę, w tym wypadku przez rząd, debatę w sprawie ogólnych zasad projektu oraz pytania posłów i odpowiedzi wnioskodawców.

Sądzę, że najpierw trzeba przystąpić do uzasadnienia projektu ustawy. W związku z tym proszę pana ministra, przedstawiciela wnioskodawców, o przedstawienie wniosku z uzasadnieniem. Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, mam przyjemność przedstawić nowelizację ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie celu podstawowego tych zmian, czyli wprowadzenia systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Na dobrą sprawę ten system planowania strategicznego został ukształtowany kilka lat temu wraz z pierwszymi obowiązkami dotyczącymi sporządzenia tych dokumentów strategicznych, przede wszystkim map potrzeb zdrowotnych. Uregulowania w tym zakresie zostały zawarte właśnie w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Mamy już kilka lat doświadczeń w tym procesie budowania i tworzenia map potrzeb zdrowotnych i ich wykorzystania, i pewnej wiedzy odnośnie do tego, jak funkcjonowały te rozwiązania, które zostały wtedy wdrożone, jakie wnioski można by wyciągnąć, żeby ten system funkcjonował lepiej. Te zastrzeżenia, które zauważamy, które były zgłaszane do Ministerstwa Zdrowia i które sami identyfikujemy, dotyczyły kwestii proceduralnych: terminów tworzenia map, okresu obowiązywania map, niskiej skuteczności realizacji regionalnej polityki zdrowotnej w kontekście tych priorytetów polityki zdrowotnej, które w myśl tamtych przepisów miały być sankcjonowane, ale też brak takiego obowiązku jasnych wniosków i rekomendacji wynikających z map potrzeb zdrowotnych i z tych dokumentów strategicznych, które miały być na ich podstawie budowane. Dlatego też ta nowelizacja, którą przedstawiam, wprowadza zmiany mające na celu usprawnienie organizacji i tworzenia map potrzeb zdrowotnych, ale być może przede wszystkim ich efektywnego wykorzystywania do kreowania polityki zdrowotnej na poziomie i kraju, i poszczególnych województw.

Jedną z być może fundamentalnych zmian – aczkolwiek zmian, które sankcjonują porządek obecny – jest odejście od pierwotnej propozycji przejścia procesu tworzenia map przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – takie złożenia były w tej ostatniej ustawie – i umiejscowienie tego, czy konturowanie tego zadania w Ministerstwie Zdrowia. To przede wszystkim wynika ze zbudowania już w Ministerstwie Zdrowia pewnego zespołu analitycznego, który ma doświadczenie w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych, w którym udało się zgromadzić wymagane kompetencje do tego zadania. Jesteśmy przekonani, zresztą również Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, z którym dyskutowaliśmy, że jednak umiejscowienie tego, tak jak jest dzisiaj, w Ministerstwa Zdrowia – oczywiście przy aktywnym wsparciu zarówno Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, jak i innych organizacji sektora ochrony zdrowia, takich jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Narodowy Fundusz Zdrowia – jest właściwe do tego zadania.

Zakładamy, że w myśl przepisów nowelizującej ustawy minister zdrowia będzie opracowywał mapę potrzeb zdrowotnych, ale już doprecyzowujemy, na czym ona ma polegać, co ma obejmować; oczywiście analizy demograficzne, analizy epidemiologiczne, analizy stanu wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia. Mówię o zasobach infrastrukturalnych, zasobach kadrowych, o pewnym udostępnieniu – to już dzisiaj funkcjonuje w formie platformy internetowej, takiej hurtowni danych – zaawansowanego narzędzia informatycznego, ale mówię również o tym, że mapy potrzeb zdrowotnych mają wychodzić dalej, czyli określać pewne systemy opieki zdrowotnej i zawierać rekomendacje

kierunków działań zarówno na terytorium całej Polski, jak i na terenie poszczególnych województw.

Myślę, że warto też odwołać się do tego, co w tym okresie – bo już powiedziałem o zasobach infrastrukturalnych – nakłada się również na mapy potrzeb zdrowotnych albo co jest narzędziem, które wykorzystuje w intensywny sposób mapy potrzeb zdrowotnych. To w szczególności Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). To instrument, z którego korzystamy od kilku lat powszechnie. W poprzednim roku – jak państwo pamiętają – dokonywaliśmy nowelizacji ustawy związanej właśnie z IOWISZ. Uszczegółowiliśmy, czy jakby uszczelniliśmy ten system jeszcze bardziej, uzależniając pozytywną ocenę IOWISZ, bez względu na źródła finansowania, od kontraktowania świadczeń z NFZ… Raczej odwrotnie – od pozytywnej oceny IOWISZ uzależniliśmy możliwości kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, więc IOWISZ rzeczywiście jest takim narzędziem, w którym powszechnie stosujemy mapy potrzeb zdrowotnych i odnosimy się do nich w wielu kryteriach związanych z tą oceną.

Zakładamy, że mapa będzie ustalana na okres 7 lat, aczkolwiek jest to termin, który w mojej ocenie – od razu zwracam uwagę – nie jest krytycznie istotny z punktu widzenia samego procesu tworzenia map. To nie jest tak, że my chcemy je tworzyć raz na 7 lat. Wprost odwrotnie, te mapy mają być aktualizowane co roku i de facto co roku nowa edycja, nowa iteracja mapy potrzeb zdrowotnych ma być przygotowywana i ogłaszana.

Istotne zmiany dotyczą zastąpienia funkcjonujących dzisiaj priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem – planem transformacji. To nie jest tylko zmiana nomenklatury. To nie jest tylko zmiana nazewnictwa, ale rzeczywiście charakter i istota tych dokumentów mają być różne i wykorzystanie tych dokumentów później, czy to w budowaniu planu zakupów przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czy właśnie w IOWISZ, ma być inne.

Te priorytety, które funkcjonują dzisiaj – priorytety regionalnej polityki zdrowotnej – mają charakter ogólny, bardzo szeroki. Nie ma wystandaryzowania ich i przygotowywania na poziomie poszczególnych województw. Dużo zależy tak naprawdę od tego, jakie działania podjęła rada przy wojewodach, złożona przede wszystkim z konsultantów wojewódzkich i od tego, jak duże było zaangażowanie po stronie budowania tych planów. Szczegółowość ich – jak analizowaliśmy – jest rzeczywiście bardzo różna, co też utrudnia nam odwoływanie się do tego kryterium 1:1 np. w IOWISZ. W planie transformacji, czy krajowym, czy wojewódzkim, określamy zakres, jaki te dokumenty mają spełniać.

Na pewno istotne zastrzeżenia wyrażane w ostatnim czasie dotyczyły efektowności prac tych wojewódzkich rad przy właściwych wojewodach. Te rady sięgały często 100 osób. To grono, w którym rzeczywiście ciężko o wypracowanie pewnych rozwiązań kompromisowych, o efektywną pracę, o to, żeby te procesy przebiegały sprawnie. Dlatego w nowelizacji ustawy proponujemy zmianę – utworzenie nowych wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych w ograniczonym składzie, aczkolwiek dalej z możliwościami czy z funkcją, jakby oczywistą, doradzania wojewodom, budowania, przygotowywania wojewódzkich planów transformacji i oczywiście wykorzystania tych zasobów, które w systemie ochrony zdrowia funkcjonują, czyli w szczególności konsultantów wojewódzkich.

Zakładamy również – i to jest jakby pewna nowość, być może nie z punktu widzenia zarządzania strategicznego, ale z punktu widzenia rozwiązań ustawowych – że minister zdrowia jest zobligowany do przygotowania nie tylko map potrzeb zdrowotnych, nie tylko analizy potrzeb czy stanu faktycznego, tego zdjęcia na dziś dzień, lecz także przygotowania na tej podstawie strategii, czyli krajowego planu transformacji. Będzie on dotyczył przede wszystkim zadań istotnych z punktu widzenia całego kraju, na przykład związanych z pewnymi strategiami obszarowymi, z obszarem kadr medycznych, z usieciowieniem czy wprowadzeniem pewnych świadczeń koordynowanych albo świadczeń na poziomie ponadregionalnym, bo oczywiście takie dziedziny medycyny czy wąskie zakresy też mamy.

Bardzo ważne jest to, że plany transformacji mają być dokumentem o charakterze wdrożeniowym. Odzwierciedliliśmy to w zapisach ustawowych, że mają one nakładać pewne konkretne działania.

To nie może być tak ogólny dokument jak regionalne priorytety dla polityki regionalnej, w których wystarczyło przykładowo wpisać, że wsparciu w ramach planowanych działań będą podlegały jednostki szpitalne, i to był jeden z priorytetów. No nie, tutaj mówimy już o tym, że te plany transformacji mają zawierać konkretne działania, konkretne zadania o charakterze wdrożeniowym, związane… Ta konkretyzacja ma też polegać np. na przypisaniu podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny, szacowanych skutków finansowych działań itd., po to, żeby jeśli chodzi o te rekomendacje zawarte w mapie potrzeb zdrowotnych, pokazać ścieżkę dojścia do nich i to, co faktycznie ma się zmienić, żeby ten stan rzeczy osiągnąć.

Jeżeli już jesteśmy przy tym wątku, co powinny zawierać plany transformacji, to warto też zauważyć, że dokładamy nowy mechanizm weryfikacyjny, którego do tej pory nie było, czyli weryfikację wojewódzkich planów transformacji przez ministra zdrowia. Zakładamy, że każdy wojewódzki plan będzie weryfikowany pod kątem zgodności z mapą potrzeb, z krajowym planem transformacji, z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia przede wszystkim. To ma tak naprawdę zapewniać pewną spójność podejmowanych działań na poziomie krajowym i na poziomie regionalnym.

Oczywiście za dobrą strategią musi iść jej realizacja, a żeby ta realizacja miała szansę zaistnieć, to również monitoring, pewna ewaluacja, ocena śródokresowa, pewne podsumowanie działań w formie chociażby sprawozdania końcowego z realizacji tych planów transformacji i de facto z realizacji rekomendacji, które wynikają z map potrzeb zdrowotnych. To są zadania również zapisane w tej nowelizowanej ustawie. Tak jak mówiłem, te wnioski ze sprawozdawczości czy śródokresowej, czy końcowej, będą miały wpływ przede wszystkim na budowanie tych strategii siedmioletnich, aczkolwiek w oczywisty sposób będą wpływać również na to – i w postaci pewnej ewaluacji planów rocznych, tych aktualizacji, o których mówimy – że mają być przyjmowane rok do roku.

Szanowni państwo, jestem przekonany, że ta ustawa porządkuje pewien proces zarządzania strategicznego w ochronie zdrowia. Nakłada, również na ministra zdrowia, obowiązek przygotowania strategii wieloletniej, bo też wiemy dobrze, że historycznie patrząc, różnie to wygląda. Minister zdrowia historycznie przygotowywał dość powszechnie programy polityki zdrowotnej, programy wieloletnie obszarowe związane z kardiologią, onkologią. Teraz choroby rzadkie – finalizowany przez nas plan. Natomiast wiemy też dobrze, że brakowało takich dokumentów, które wymuszą albo zobligują ministra zdrowia do zachowania pewnej ciągłości działań, które są uniwersalne, i myślę, że absolutnie uniezależnione od polityki czy pewnych kwestii politycznych, a uniwersalne z punktu widzenia dobra pacjenta, z punktu widzenia zmian systemowych, do których wszyscy chcemy dążyć. Wierzę w to, że właśnie ten obowiązek przygotowywania nie tylko map potrzeb zdrowotnych, czyli pokazania stanu faktycznego i tego, czego być może nam potrzeba, lecz także ścieżki dojścia i sposobu, w jaki to chcemy realizować, będzie rzeczywiście istotną wartością dodaną do tego procesu.

Nie bez znaczenia jest również to, że jesteśmy w przededniu finalizowania tak naprawdę negocjacji z Komisją Europejską dotyczących istotnych środków finansowych dla sektora ochrony zdrowia. Oczekiwaniem Komisji Europejskiej, zresztą jak przy każdym tego typu procesie negocjacyjnym, jest również to, żebyśmy zaprezentowali, jak wygląda system planowania strategicznego w ochronie zdrowia, jak wyglądają również pewne strategie – strategie krajowe, wojewódzkie, obszarowe. Jestem więc przekonany, że te fundamenty, które określamy w tej ustawie, również będą istotnie zauważalne i będą stanowiły dodatkowe wzmocnienie tych procesów negocjacyjnych czy to w tej perspektywie, czy w każdej kolejnej, którą będziemy mieli możliwość negocjować.

Szanowni państwo, będę zobowiązany za sprawne przeprocedowanie. Wydaje mi się, że ustawa nie zawiera kontrowersyjnych postanowień. Mam nadzieję, że jednak zgodnie ocenimy ją jako zasadną i potrzebną. Z ciekawością zapoznałem się z poprawkami do tej ustawy, które już zobaczyłem. Myślę, że jesteśmy w stanie tę ustawę efektywnie przeprocedować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Sądzę, że pan minister szczegółowo uzasadnił konieczność procedowania tego projektu. Pewnie nie jest tak, panie ministrze, że ten projekt jest niekontrowersyjny, bo będzie kontrowersyjny –widzę po liczbie poprawek – ale on rzeczywiście próbuje porządkować procedurę tworzenia pewnych założeń strategicznych, głównie, jeżeli chodzi o mapy potrzeb zdrowotnych i plany inwestycyjne z tym związane.

Ta ustawa oczywiście składa się również z nowelizacyjnych ustaw. Chodzi o ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, o refundacji leków. Są również zmiany w ustawie o zdrowiu publicznym, no i cała sekwencja – wcale niemała – zmian o charakterze przejściowym i końcowe wprowadzanie w życie odpowiednich artykułów tej ustawy.

Zanim rozpoczniemy dyskusję, zapytam, czy ktoś jeszcze z Ministerstwa Zdrowia chciałby zabrać głos jako wnioskodawca. Nie. W związku z tym otwieram debatę w sprawie zasad ogólnych projektu ustawy. Ja bym proponował, żebyśmy jednak ogólnie odnosili się do tego, bo jeżeli chodzi o poprawki, to będziemy je po prostu rozpatrywali w trakcie czytania tego projektu, po przyjęciu oczywiście założeń i zamknięciu pierwszego czytania.

O zabranie głosu poprosił pan przewodniczący Miller. Resztę widzę. Proszę uprzejmie.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, w imieniu klubu Koalicja Obywatelska – Platforma Obywatelska, wnoszę wniosek o odrzucenie ustawy w całości. Nie będę uzasadniał dokładnie, dlatego że wbrew temu, co pan minister powiedział, ta ustawa jest niedopracowana. Ta ustawa zawiera złe zapisy. Powiem krótko. Celem tej ustawy jest całkowita centralizacja na każdym poziomie. Mapy potrzeb zdrowotnych to nie tylko rozkład świadczeń zdrowotnych, lecz także inwestycji. W powiązaniu z IOWISZ i NFZ daje ministrowi władzę absolutną. Ta ustawa tak naprawdę odsuwa samorządy lokalne od możliwości wpływu na to, co się będzie działo w służbie zdrowia. Nawet w nazwie państwo unikacie słowa „regionalne", więc to minister zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej.

Proszę państwa, zrobiliście takie bardzo chytre zapisy w tej ustawie, ograniczając możliwości wpływu samorządów. Popatrzmy nawet na skład rady, która jest przy wojewodzie. Cóż robicie? Wprowadzacie, proszę państwa, trzech przedstawicieli prezesa NFZ, trzech przedstawicieli wojewody, jednego przedstawiciela dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ i taką mniejszość samorządów, która nie będzie miała żadnego wpływu na powstawanie map zapotrzebowań zdrowotnych, a tak naprawdę na koniec zostawiacie ostateczną decyzję panu ministrowi. To jest zaprzeczenie wpływu samorządów na tworzenie map zdrowotnych. To przecież samorządy doskonale wiedzą, jakie są potrzeby w danych regionach. Mało tego, odsuwacie państwo konsultantów wojewódzkich, lekarzy, którzy najlepiej wiedzą, są rozeznani, jakie są potrzeby na danym terenie. Wasze wyjaśnienia, że tam był konflikt interesów, są daleko niezadowalające.

Nie chciałbym przedłużać, bo tu jest mnóstwo zapisów, które budzą wątpliwości. Chociażby sposób przygotowania tej ustawy, proszę państwa, i liczba uwag, jakie składali przedstawiciele wojewodów, samorządów. Samorząd lekarski w ogóle odrzuca tę ustawę. Ona nie nadaje się do przyjęcia, według samorządu lekarskiego. Natomiast już szczytem wszystkiego jest to, że wprowadzacie państwo jako osobę, która będzie miała wpływ – ja nie mówię, żeby nie była wprowadzana – rzecznika praw pacjenta, który jest przecież pracownikiem ministerstwa, jest zależny od ministra, a pozbawiacie możliwości uczestnictwa przedstawiciela rzecznika praw obywatelskich. To jest właśnie wasze podejście do tak poważnej sprawy, jaką jest system opieki zdrowotnej.

Proszę państwa, to nie jest remedium na poprawę systemu i na to, że nagle w służbie zdrowia zrobi się dobrze dlatego, że pan minister będzie na podstawie niewiadomo jakich planów – bo nie wiadomo, na jakiej podstawie te plany będą, skoro nie na podstawie regionalnych… Skąd on będzie wiedział, na podstawie pracy 15 ekspertów w ministerstwie, jakie są potrzeby w całej Polsce?

Proszę państwa, sprawa systemu opieki zdrowotnej wymaga pochylenia się nad tym systemem. Pseudooszczędności czy pseudozmiany nie przyniosą tutaj żadnego efektu, a tak naprawdę obawiamy się o jedno, że to jest droga do sięgnięcia po środki z Unii Europejskiej, które na razie są w dyspozycji samorządów. A jak te środki zostały wykorzystane, to ja państwu powiem. Przykładem centralizacji i jej sprawności jest początek pandemii, kiedy w szpitalach nie było środków ochrony osobistej, kiedy nie było wielu rzeczy. To urzędy marszałkowskie – tak jak na przykład u mnie, w województwie opolskim – wydały w marcu 60 mln na zakup środków ochrony osobistej. To urzędy marszałkowskie zakupiły bez afery, takiej jak w ministerstwie, jak dla szpitali w opolskim, bez względu na to, czy to były szpitale samorządowe, czy nie, 80 respiratorów, karetki i wiele innego sprzętu, który był potrzebny. To jest przykład tego, w jakim kierunku powinna iść organizacja opieki zdrowotnej. Dziękuję.

Jeszcze na koniec powiem tylko, że gdybym na państwa miejscu przeczytał opinię i zastrzeżenia BAS-u, to bym wycofał się z tej ustawy w ogóle, bo do tego jest tyle zastrzeżeń… Jest tam tyle błędów i niejasności, że ta ustawa zanim się ukaże, powinna zostać poprawiona. Składam wniosek o odrzucenie ustawy w całości. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Odnotowałem ten wniosek. Myślę, że dalej jesteśmy w trakcie debaty na temat spraw ogólnych.

Pan poseł Zdzisław Wolski, proszę.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

W imieniu klubu Lewicy – zresztą z posłem Millerem rozmawialiśmy bezpośrednio przed posiedzeniem Komisji – dołączamy się do propozycji odrzucenia. Nie będę powtarzał za kolegą uzasadnienia, z którym się utożsamiam. Natomiast odnośnie do tego, co pan minister powiedział, że jest to korzystny projekt – no jest, tylko trzeba by dodać, że dla ministra zdrowia, który krok po kroku, z każdym aktem, z wieloma aktami, które tu podejmujemy, w tym z tym projektem ustawy, skupia coraz więcej władzy w swoich rękach, marginalizuje nie tylko samorządy. W tym projekcie ustawy, o którym dyskutujemy, nie ma nawet miejsca dla lekarzy w tych organach. Chodzi nie tylko o konsultantów, ale w ogóle jakby zniknęli lekarze. Może i słusznie, skoro minister zdrowia nie jest lekarzem, to ma swoją ocenę potrzeb zdrowotnych. Nie ma rzecznika praw obywatelskich – mówił o tym kolega Miller. Będzie to kolejny fasadowy dokument. Do tego zmierzmy.

Pierwsza ocena, jak dobre to będzie, ma być mniej więcej po 4 latach – tak państwo proponujecie. Czyli parę lat będziecie mamić społeczeństwo, że wszystko jest dobrze, nawet bez realnej oceny tego, co się dzieje, robić, co państwo chcecie. Mówię konkretnie – minister zdrowia. Nie ufacie nawet swoim dyrektorom wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, bo ograniczacie im uprawnienia. Wszystko ma być w centrali, czyli prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą de facto ministra zdrowia, będzie podejmował wszystkie decyzje. Jest to… Nie wiem, jak to nazwać. W każdym razie korzyści – kończąc – ma minister zdrowia. Korzyści dla pacjenta przede wszystkim jakoś doszukać się nie można. Trzeba mieć dużo dobrej woli, żeby dla przeciętnego pacjenta te korzyści w tym dokumencie znaleźć.

Złożyłem w imieniu klubu Lewicy 13 poprawek. Pewnie będziemy je po kolei omawiali, więc nie będę w tej chwili o nich mówił. Niektóre, tylko niektóre to są zastrzeżenia odnośnie do projektu ustawy, ale tak jak mówię, kiedy będziemy je omawiali, będę je ewentualnie szybciutko uzasadniał. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Cieszę się, panie pośle, ponieważ jestem zaskoczony, że pan naszym rządom życzy bardzo dobrze, bo pan uważa, że będziemy rządzić do końca świata i jeden dzień dłużej. Niech pan nie będzie takim pesymistą. W Polsce porządek demokratyczny jest jasny. Kadencja Sejmu i rządu trwa 4 lata. To tyle.

Proszę bardzo, sprostowanie i następny…

Poseł Rajmund Miller (KO):

Proszę państwa, przejęzyczyłem się, mówiąc, że rzecznik praw pacjenta jest pracownikiem ministra zdrowia…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ma swoją ustawę, panie pośle.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Dokładnie, ale jest podporządkowany prezesowi Rady Ministrów. Przez prezesa Rady Ministrów jest powoływany, dlatego jest związany z opcją rządzącą i rządem.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Bardzo proszę, jedno zdanie komentarza. Nawet tutaj nie ufacie państwo, bo nie chcecie do zespołu przedstawiciela rzecznika praw pacjenta, tylko jedną ze wskazanych osób. Czyli nawet tutaj pan minister chce zdecydować, który to…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dobrze, panie pośle, ale to zawrze pan pewnie w poprawkach. Ja się cieszę, odnośnie do tej dyskusji, że jest taka świadomość, panie ministrze, że będziemy długo rządzić. Ja pewnie już nie, bo mam swoje lata, ale tego sobie życzymy i bardzo za to dziękuję.

Proszę uprzejmie, pan przewodniczący.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Jestem troszeczkę zdziwiony postawą opozycji, bo myślę, że najpierw powinniśmy podejść do tego rządowego projektu ustawy refleksyjnie, ale też racjonalnie i merytorycznie. Zacznę od konstytucji, art. 68 ust. 2: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji finansowej, władze publiczne” – władze publiczne – „zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Jeszcze raz podkreślam, władze publiczne. To jest ustawowy obowiązek władz publicznych – zapewnić równy dostęp do świadczeń każdemu obywatelowi. Mało tego, szczególny dostęp do świadczeń dla kobiet w ciąży, dla dzieci, osób niepełnosprawnych i osób starszych. To jest zadanie ustawowe, konstytucyjny obowiązek władz publicznych. Nie samorządu, nie opozycji, nie pewnych gremiów, tylko władz publicznych. Tak więc proszę się nie dziwić, że pewne kwestie musimy rozstrzygać na zasadzie odpowiedzialności.

Druga sprawa. Jeśli tak uważacie, że centralizacja, jak to nazywacie – oczywiście, to nie jest centralizacja – to jest źle, to znaczy w takim razie, że dotychczas jest bardzo dobrze. Cały czas krytykujecie ochronę zdrowia, że jest chaos, bałagan, katastrofa, ale teraz, kiedy to chcemy uporządkować, racjonalizować, pragmatycznie podejść do sprawy w sposób naprawdę refleksyjny, racjonalny, to nagle jest absolutnie źle. Czyli, krótko mówiąc, zaprzeczacie samym sobie. Jeśli dotychczas jest taka katastrofa, bałagan, to poprawmy to, coś zróbmy.

Trzecia sprawa. Możemy mówić o 100 osobach. Pan minister to powiedział – 100 osób w jednej radzie. Jak można wypracować konsens albo sensowną decyzję, jeśli jest 100 osób i każda ma praktycznie własne podejście, w jakiś sposób reprezentuje pewną grupę ludzi. Proszę zauważyć, ile tak naprawdę zupełnie niepotrzebnych inwestycji w służbie zdrowia powstało w Polsce. Były tam lokowane olbrzymie pieniądze i tak naprawdę w perspektywie nie zdawało to praktycznie żadnego egzaminu. Zatem to nie wybujała ambicja albo pokazanie się w jakiś sposób danego samorządowca ma brać wyższość, tylko naprawdę rzetelne, racjonalne programowanie, długoterminowe programowanie.

Proszę zwrócić uwagę na to, co się działo w pandemii. Pan przewodniczący tutaj mówił, że urzędy marszałkowskie zapewniły… Proszę państwa, bądźmy poważni. Krytykowaliście rząd w każdej sekundzie, w każdej minucie, a rząd praktycznie zapewniał wszystko, co było związane z pandemią, najpierw z taką katastroficzną wizją. Popatrzmy, co się działo we Włoszech, w Hiszpanii, w Czechach, w Portugalii. W Polsce praktycznie przeszliśmy… Oczywiście przeszliśmy w dramatyczny sposób – każde państwo przechodzi w dramatyczny sposób – ale w miarę obiektywnie musimy ocenić, że przechodzimy to w miarę spokojnie. Antycypowane przez rząd sprawy, które rząd wykonał, były zasadne. Mam na myśli szpitale tymczasowe.

Przecież państwo wszystko krytykowaliście od początku, cały czas, non stop, a ten system, który opracowano, i Narodowy Program Szczepień, który teraz entuzjastycznie przyspiesza, naprawdę ma rację bytu. Jeśli rzeczywiście, jak rząd zapewnia – a wszystko wskazuje na to, że to będzie realne – do końca sierpnia zaszczepimy w Polsce wszystkie chętne osoby, to praktycznie razem z ozdrowieńcami osiągniemy zbiorową odporność. Proszę państwa, to jest realna wizja. Powinniśmy się pozytywnie, optymistycznie nastawiać, natomiast nie potępiać od razu wszystkiego, co rząd projektuje, że jest złe.

Jeszcze kwestia, powiedziałbym, nawet osobista. Oglądamy czasami, zdajemy sobie sprawę z tego, jak jest w terenie. Oczywiście że samorządy partycypują w ochronie zdrowia. Oczywiście że bohaterami jest dzisiejsza służba zdrowia – zresztą nie tylko służba zdrowia, bo i służby mundurowe itd. – ale naprawdę trzeba to w jakiś sposób koordynować i wziąć odpowiedzialność za siebie.

Kto jest odpowiedzialny za służbę zdrowia w Polsce? Samorząd, opozycja czy rzeczywiście rząd? Kto będzie odpowiedzialny za ewentualne niedociągnięcia albo katastrofę? Na pewno nie powiecie, że starosta czy burmistrz, czy prezydent. Na pewno powiecie, że to rząd. Zresztą wyrok Trybunału Konstytucyjnego wyraźnie wskazuje, że to wszystko, jakiekolwiek zadłużenia, należy do rządu. Dajcie więc w jakiś sposób…

Oczywiście możemy dyskutować nad pewnymi poprawkami – co mówił tutaj mój przedmówca – możemy coś doprecyzowywać, możemy pewne kwestie uzgadniać, procedować, ale bądźmy realistami i myślmy pozytywnie. I pamiętajmy, że to chodzi o zdrowie. Tu nie chodzi o władzę. Komu chodzi o władzę? Tu chodzi o zdrowie, o inwestycje, które są planowane roztropnie, perspektywicznie i w sposób pokoleniowy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

Przyjąłem taką zasadę, w związku z tym poproszę panią poseł Paulinę Hennig-Kloskę.

Poseł Paulina Hennig-Kloska (Polska2050):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mimo wystąpienia pana przewodniczącego Hoca i mimo zaprzeczenia, że wychodzimy z założenia, że wszystko co rząd projektuje, jest złe… To nie jest prawda, ale niestety to nie nasza wina, że faktycznie projektujecie bardzo wiele złych dokumentów. Muszę przyznać niestety, że łączę się w swoich uwagach z moimi przedmówcami, którzy zauważają, że ten projekt służy centralizacji i jest absolutnie niekorzystny dla samorządu, wzmacnia rolę ministra zdrowia oraz wojewody jako organu administracji centralnej. Nie mogę więc przychylić się do dalszego procedowania tego dokumentu, ponieważ też, z drugiej strony, nie widzę żadnych nadmiernych wartości, które miałyby dać nadzieję na poprawę sytuacji w służbie zdrowia. Uwagi, które mamy do tego dokumentu, jednoznacznie wskazują, że nie spodziewamy się żadnych pozytywnych efektów przeprocedowania tej ustawy, jeśli chodzi o rzeczywiste poprawienie zdrowia i życia obywateli.

Pan Hoc powiedział, że władze publiczne są odpowiedzialne za zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych. Tak, to jest niezwykle ważna teza, tylko niestety nierealizowana przez władze publiczne.

Odpowiedzialność za niewydolność finansową służby zdrowia w zasadzie dalej zrzucacie na samorządy. Mimo że wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który zapadł w tej sprawie, już dawno powinien zostać zrealizowany, wy nad tym nawet się nie pochyliliście. Dalej uznajecie, że wszelkie niedofinansowanie w zakresie realizacji podstawowych świadczeń zdrowotnych dla obywateli w ramach strat ponoszonych przez szpitale mają pokrywać jednostki samorządu terytorialnego, zaś odpowiedzialność za zawieszenie planowanych zabiegów i operacji w tych trudnych czasach walki z COVID-19 zrzuciliście po prostu na lekarzy i dyrektorów zarządzających placówkami zdrowotnymi. No to – przepraszam, panie przewodniczący – gdzie tu jest odpowiedzialność władz publicznych za zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych, bo na razie umywacie ręce i zrzucacie ją pełną parą na innych uczestników tego procesu.

Rola wojewody w ostatnich miesiącach ograniczyła się do tego, że zabiera szpitalom sieciowym ręce do pracy, ciągnąc je do szpitali tymczasowych, a jednocześnie każe następnego dnia albo po kilku dniach tworzyć dodatkowe oddziały covidowe, dodatkowe

łóżka. Oddziały sieciowe, szpitale sieciowe mają taki sam problem z pozyskiwaniem dodatkowych rąk do pracy, jak szpitale tymczasowe. Wyrywanie sobie rąk do pracy przez poszczególnych uczestników procesu niczego nie zmienia, a na pewno nie podnosi jakości świadczeń zdrowotnych, które świadczymy naszym obywatelom.

Na drugą falę spóźniliście się ze szpitalami tymczasowymi, w przypadku trzeciej fali zapomnieliście, że trzeba je jeszcze wyposażyć właśnie w ręce do pracy. Tak naprawdę do szkolenia dodatkowej kadry pomocniczej, personelu technicznego przystąpiliście dopiero wtedy, kiedy w oddziałach covidowych zrobiło się po prostu czarno.

Przechodząc już do samej ustawy, tak jak powiedziałam, projekt służy centralizacji i wzmocnieniu roli ministra zdrowia kosztem samorządów. Natomiast Narodowy Program Szczepień, który w sposób centralny w ostatnich miesiącach wykonujecie, zarządzany centralnie, jest źle zorganizowany, logistycznie nie działa i nie mamy przekonania, że centralizacja świadczeń zdrowotnych w jakimkolwiek zakresie przyczyni się do poprawy sytuacji w systemie.

Najistotniejsze nasze uwagi, Polski 2050. Mapa potrzeb zdrowotnych. Publikowane dokumenty, mapy potrzeb zdrowotnych w swej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na ograniczenia analizy służące do analizy wydawanych środków publicznych, ale jednocześnie w projekcie tej nowelizacji nie podano żadnych rozwiązań, które miałyby spowodować, że te zawiedzione oczekiwania zostaną nagle spełnione.

Plan transformacji i wojewódzkie plany transformacji – następny bardzo duży rozdział – to jest po prostu zastąpienie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej planami transformacji. Łączycie tam też instytucje naukowe bez jakiegokolwiek przekonującego uzasadnienia, które byłoby dla nas możliwe do przyjęcia.

Wojewódzka rada do spraw zdrowotnych, zamiast obecnej rady do spraw potrzeb zdrowotnych, to kolejny proces centralizacji. Kompletnie nie rozumiem, po co w tej radzie aż trzech przedstawicieli prezesa NFZ, a reprezentacja samorządów nieliczna, kompletnie zmarginalizowana. Jeżeli mówimy o jednym przedstawicielu marszałka i jednym przedstawicielu konwentu powiatów danego województwa versus trzej przedstawiciele prezesa funduszu, dwaj przedstawiciele wojewody jako takiego, przedstawiciel ministra zdrowia… to pokazuje kierunek, w którym dążycie.

Nie chcecie współpracować z samorządami. Ta ustawa jako kolejny dokument prezentowany przez ministra zdrowia jest na to jednoznacznym dowodem, a przykładowo program szczepień i nadzieje pokładane w punktach organizowanych przez samorządy pokazują, że ta współpraca jest po prostu konieczna.

Zmiany w planach zakupu świadczeń to kolejna postępująca centralizacja procesów. Zmieniono procedurę sporządzania i ustalania planu zakupów w obszarze województwa. Plan zakupu na obszar województwa będzie zatwierdzał prezes NFZ, z tym że pierwszy plan zakupu świadczeń ustalony będzie według przepisów ustawy nowelizującej i będzie dopiero za rok 2023, nie wiem dlaczego. Oczywiście to wszystko ma możliwość weryfikować minister zdrowia, który może tę weryfikację przeprowadzać w ramach nadzoru nad czynnościami prezesa NFZ. Czyli, tak jak powiedziałam, znowu kolejny proces centralizacji. Długo by można o tym mówić. Będziemy pochylać się nad tym artykułem w stosownym czasie.

Również w zakresie polityki refundacji leków nie wyjaśniono dostatecznie, jaki wpływ będzie miała mapa zdrowotna na politykę refundacji leków. Brak uzasadnienia odnośnie do tej kwestii chociażby w jednym akapicie.

To są nasze główne i podstawowe uwagi. Tak jak mówię, chociażby cała polityka zdrowotna ostatnich 12 miesięcy nie przekonuje nas do tego, żeby patrzeć w kierunku centralizacji jako skutecznego procesu zarządzania służbą zdrowia. Gdyby nie samorządy, gdyby często nie szpitale sieciowe organizowane przez powiaty, które w zasadzie z dnia na dzień tworzyły oddziały covidowe, determinując całą pracę szpitala, żeby stawiać czoło w walce z epidemią, to nie mielibyśmy łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19, bo rząd po prostu nie dawał rady na czas. Mógł jedynie te zadania przekazywać samorządom i przerzucać je jakoby na szpitale sieciowe, które z dnia na dzień traciły zdolność do obsługi planowanych zabiegów i operacji. Nie wchodzimy w taki system i nie wcho-

dzimy w takie zmiany. W związku z tym Polska 2050 również składa wniosek o odrzucenie tej ustawy w pierwszym czytaniu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie bardzo potrafiłem wyciągnąć wnioski z pani wystąpienia, pani poseł, ale będę się starał to rozróżnić. Nie wyobrażam sobie, żeby mapy potrzeb zdrowotnych na terenie kraju sporządzał wójt, bo to jest przecież niemożliwe. Nie sądzę, żeby to mógł zrobić starosta. Nie sądzę, żeby mógł to zrobić marszałek. Musi to zrobić rząd.

Poseł Paulina Hennig-Kloska (Polska2050):

To szkoda, że nie wsłuchał się pan w moją wypowiedź. Może ją pan sobie odtworzyć jeszcze raz.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Przepraszam, pani lubi wtrącać się do dyskusji. Nie wiem, dlaczego tak jest, ale zawsze mogę udzielić głosu. W związku z tym, że pani już swoje powiedziała, poproszę następnego posła, który chciał zabrać głos w dyskusji. Zdalnie, pan poseł Sośnierz.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo. Jestem słyszany. Czy tak?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Słychać, proszę mówić.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Dziękuję. Niestety rozczaruję pana ministra w oczekiwaniu, że będziemy tutaj dyskutować o tym projekcie. Sama koncepcja tego projektu jest na tyle wadliwa, że ten projekt nie nadaje się w tej chwili do poprawiania, bo po prostu chybiona jest cała koncepcja. W nazwie, kiedy mowa o transformacji, siłą rzeczy kieruje to naszą uwagę na struktury, a problem polskiej służby zdrowia nie jest problemem strukturalnym, że mamy za mało szpitali, dużo szpitali czy przychodni… Problemem polskiej służby zdrowia jest funkcjonowanie i organizacja, czyli to, co de facto wymyka się spod tej nazwy „transformacja”. Oczywiście może też rozszerzę tę nazwę, ale nie w semantyce problem.

Dlaczego mówię o nazwie, o funkcji i organizacji, a nie o strukturze, na której skupia się ten projekt? Podam przykład z ostatniego czasu. Cóż z tego, że podobno mieliśmy możliwość w laboratoriach wykonać 100 tys. testów dziennie, jeżeli wykonywaliśmy 30 tys. i minister nie wie, dlaczego tylko tyle. To jest właśnie ta różnica. Mamy strukturę, a ona nie funkcjonowała tak, jak się spodziewaliśmy, tak jak spodziewał się minister. To tylko jeden z drobnych przykładów. Uczmy się na tych właśnie problemach. Tak więc problem polskiej służby zdrowia to problem jej funkcjonowania i organizacji, i częściowo strukturalny.

Po transformacji ustrojowej nastąpił duży postęp w zakresie wyposażenia, unowocześnienia polskiej służby zdrowia. I co mamy? W efekcie mamy skracanie się czasu życia Polaków i mimo świetnego wyposażenia onkologii mamy niestety skracanie się przeżywalności w przypadku niektórych nowotworów. Znów okazuje się, że nie struktura jest tutaj kluczowa. Kluczowe jest funkcjonowanie i organizacja. W tym zakresie ten projekt nic nie wniesie, dlatego że od razu jest wskazywane, że podstawą będą mapy potrzeb zdrowotnych.

Dużo by mówić o mapach potrzeb zdrowotnych. Po pierwsze, są niedoskonałe, ale w ogóle sama definicja, co to jest potrzeba zdrowotna, wymagałaby uściślenia, bo potrzeby zdrowotne czy potrzeby chorych, czy potrzeby profilaktyczne, czy potrzeby w zakresie dostępu do takich czy innych świadczeń, to jest szeroka definicja. Mapy potrzeb zdrowotnych, de facto bardzo niedoskonałe, są właściwie mapami tego, co mniej więcej w tej chwili w Polsce się wykonuje, a niewiele mają wspólnego z tak zwanymi potrzebami, zresztą niedodefiniowanymi. Od tego więc trzeba by zacząć, że trzeba opracować definicję potrzeby zdrowotnej i w tych warunkach zdefiniowanych te mapy opracować. Jeśli one mają być podstawą całego działania, jakichś planów transformacji, to już na samym początku mamy błąd i będziemy brnęli w strukturę, a niczego to nie poprawi w funkcjonowaniu.

W związku z tym przychylam się do wniosku, żeby jednak nie debatować nad tym projektem, ponieważ on sprowadza nasze myślenie na manowce, bo nie w tym problem, tak jak już wcześniej powiedziałem. Wynotowałem sobie kilka argumentów. Mógłbym przedstawić ich kilkadziesiąt, ale sięgnę do swoich notatek. Poza takimi, jak przedstawiono w uzasadnieniu, że projekt dotyczy tylko dużych i średnich przedsiębiorstw, a nie małych, to też już jest… Jak można programować funkcjonowanie opieki zdrowotnej, nie uwzględniając tych małych, choćby lekarzy rodzinnych, którzy wykonują największą masę świadczeń i od ich sposobu i jakości funkcjonowania zależy to, co dalej będzie? Oni mogą w znacznym stopniu wpłynąć na potrzeby strukturalne w zależności od tego, jak będzie funkcjonować lekarz rodzinny, a to są z reguły małe przedsiębiorstwa. Jeśli więc ten projekt ma nie obejmować tych małych, to właściwie po co to wszystko?

Przytoczę jeszcze taki argument. Cokolwiek by powiedzieć – też byłem do tego krytyczny i teraz tym bardziej wzywam do tego, żeby uwzględnić te doświadczenia – czy nasza ustawa o sieci szpitali cokolwiek rozwiązała? Nic nie rozwiązała. Skomplikowała sytuację i znów rozsadza się między innymi finansowanie budżetowe i próbuje się z niego wyjść, bo ono krępuje w tej chwili… Jak widać, w sytuacjach nagłych, nieprzewidzianych, stało się ono niesprawnym sposobem. Miało też swoje zalety, ale też i swoje wady, i próbuje się to teraz obejść.

IOWISZ miał być narzędziem racjonalizacji. No też niby to zmienił, a właściwie nic nie zmienił. Tak więc ustawy teoretycznie wymyślone, że coś mają poprawić… Technokratyczne myślenie nie zdaje egzaminu w opiece zdrowotnej, bo tu głównie trzeba będzie… Już nie wyobrażam sobie, w jaki sposób w planie transformacji będzie uwzględnione, będzie napisane przy takiej mapie potrzeb zdrowotnych, że ma to lepiej funkcjonować. To nie tędy droga. Trzeba budować mechanizmy, zdecydowanie zmienić modele finansowania. One mogą być tym paliwem do zmiany sposobu funkcjonowania, ale trzeba je budować świadomie. My wprowadzamy często różne chaotyczne rozwiązania finansowe, a potem one dają efekty niespodziewane, bo rynek reaguje normalnie. Na każdy bodziec finansowy jutro mamy pewną reakcję i nie zawsze przewidzianą.

Zatem, nauczeni przykładem bezskutecznej ustawy o sieci, bezskutecznej ustawy o IOWISZ, nie róbmy kolejnej, jeszcze bardziej nieskutecznej ustawy o transformacji opartej na mapach potrzeb zdrowotnych, które nie są mapami potrzeb zdrowotnych. Iluzja na iluzji stworzy kolejną iluzję, ale na tyle groźną, że będzie regulowana ustawą, a niestety na palcach jednej ręki można wskazać, jeśli dobrze pójdzie, że jakieś ustawy w polskim prawodawstwie wycofano, żeby w ogóle nie istniały. Najczęściej udoskonala się rzeczy niedoskonałe, więc lepiej nie uchwalać czegoś, co potem trzeba będzie bez przerwy udoskonalać, a i tak tego się nie przeprowadzi.

Tak więc ta ustawa, szczególnie pomijając skojarzenie – plan siedmioletni, sześcioletni, pięcioletni, co z uśmiechem można powiedzieć, ale to takie skojarzenie niemerytoryczne… Starałem się natomiast przedstawić kilka argumentów – a miałbym ich dużo więcej – bo to sprowadza myślenie, jeszcze raz podkreślę, na boczny tor, a nie na główny. Przypomnę więc jeszcze raz mój przykład: miało być 100 tys. badań, można było wykonać 100 tys., a robiliśmy 30 tys. To jest główny problem polskiej służby zdrowia. Mamy strukturę, a ona nie wykonuje często swoich zadań, bo gdzieś indziej leżą problemy. Na tym może w tej chwili zakończę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Zawisza prosiła o głos.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowna Komisjo, ja mam pytanie o to, jaki jest konkretnie cel tej ustawy. To znaczy, są tam przynajmniej dwa zapisy które mogą doprowadzić do tego, że na przykład takie programy jak samorządowy program in vitro nie będą mogły być finansowane przez samorządy. To są zmiany pierwsza i ósma w art. 1.

Tylko przypomnę, że dzięki samorządowemu programowi in vitro w Warszawie urodziło się ponad 1000 dzieci, w Łodzi – ponad 250, w Poznaniu – ponad 300, w Gdańsku

– ponad 300, w Szczecinie – prawie 30, w Częstochowie – ponad 50, a w związku z programem, który funkcjonował w latach 2013–2016, urodziło się niemal 22 tys. dzieci.

Mam takie pytanie. Ponieważ tutaj zakładają państwo zgodność samorządowych programów z planem transformacji, w zmianie ósmej ogranicza się możliwość prowadzenia samodzielnej polityki zdrowotnej przez samorząd, a przynajmniej możliwość jej finansowania. Będzie potrzebna pozytywna opinia np. wojewody. Tylko przypomnę, że nie ma programów in vitro między innymi w Lublinie, Krakowie, Gnieźnie, Gorzowie Wielkopolskim, Zielonej Górze i była próba zablokowania w kujawsko-pomorskim właśnie przez wojewodów, którzy sprzeciwiali się programom in vitro. Jeżeli te zmiany zostaną wprowadzone, co to oznacza dla samorządów, i dlaczego nie oznacza to, zdaniem ministerstwa, doprowadzenia tak naprawdę do zakazu in vitro, bo nie wierzę, że nie chcecie, żeby w Polsce rodziły się dzieci. Wydaje mi się to absurdalne, tak samo jak absurdalna była decyzja o tym, żeby leczenie niepłodności zostało usunięte z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, a mimo wszystko zrobiliście to.

W związku z tym mam pytanie: Jak to wpłynie na samorządowe programy in vitro? W jaki sposób wpłynie to na te, które już są, oraz na te, które będą chciały być i jak podchodzą państwo w związku z ta ustawą do tych programów i do tego, żeby one po prostu funkcjonowały? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa posłów? Najpierw pan poseł Rychlik, a później będzie pan.

Poseł Paweł Rychlik (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, krótko chciałbym odnieść się do projektu ustawy, a przede wszystkim do tych nieprawd, które dzisiaj tutaj, na tej sali, zostały opinii publicznej przekazane. Mianowicie centralizacja i rola wojewody. To właśnie dzięki urzędom wojewódzkim i wojewodom dosyć sprawnie czy na miarę możliwości Polska walczy z epidemią koronawirusa. Pani poseł, w zupełności nie zgodzę się… Pani partia przejściowa, Platforma Obywatelska, chciała właśnie zlikwidować urząd wojewody, na którym dzisiaj de facto… Ale klubu parlamentarnego… Ja pani nie przerywałem…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę o spokój. Dyskusje może później…

Poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dokładnie tak, panie przewodniczący. To wszystko było i jest oparte na urzędzie, poszczególnych departamentach, wydziałach urzędów wojewódzkich. Działa to naprawdę sprawnie. Pokazuje to zarazem konieczność podejmowania takich działań, ażeby właśnie skupiać to w jednym ręku, a z drugiej strony pokazuje wadliwość systemu, bo znam takie przypadki, kiedy starostowie, dyrektorzy szpitali, odmawiali czy byli przeciwni decyzjom wojewody o przekształceniu małych szpitali w szpitale covidowe, które dzisiaj okazują się konieczne. Często byli to starostowie sympatyzujący właśnie z pani poprzednią partią. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz pan poseł Szopiński, bardzo proszę.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Szanowny panie przewodniczący, szanowne panie, szanowni panowie, oczywiście pytaniem zasadniczym jest, czemu ten projekt ma służyć i kto stoi za wprowadzeniem tego projektu do procedowania przez Wysoki Sejm. Rozumiem, że tempo jest takie, że my dzisiaj mamy przyjąć w ramach pierwszego czytania poprawki, jutro Sejm ma pochylić się nad drugim czytaniem i prawdopodobnie na tym posiedzeniu Sejmu ma być ten projekt uchwalony. Komu zależy na tak szybkim procedowaniu? Myślę, że pacjentom, którzy leżą w polskich szpitalach, bynajmniej nie. Tym, którzy nie są pacjentami polskich szpitali, bynajmniej też nie. To ministerstwo, które nie potrafiło rozliczyć 200 mln z zakupu respiratorów, powinno jak najdalej trzymać się od kwestii dotyczącej centralizacji służby

zdrowia, bo jeżeli nie potrafiło rozliczyć takich zakupów, o których mówię, to jest to wstyd i hańba. Wy najpierw powinniście zacząć od tych kwestii, których domaga się od was społeczeństwo, a potem zająć się kwestią dotyczącą reformowania polskiej służby zdrowia.

Dzisiaj jest taka sytuacja, że w roku 2021 osiągniemy prawdopodobnie aż 100 tys. nadmiarowych zgonów. Pytam pana, panie ministrze, w czym ta ustawa poprawi funkcjonowanie polskiej służby zdrowia. W czym ta ustawa będzie pomocna dla polskich pacjentów?

Panu posłowi Hocowi, który tak doskonale tutaj udowadniał, że służba zdrowia funkcjonuje, chciałbym przeczytać krótki komunikat z Poznania. „Śledztwo w sprawie braku tlenu w szpitalu tymczasowym w Poznaniu. Na razie prokuratura regionalna zleciła wykonanie sekcji zwłok siedmiu pacjentów. Sześć już przeprowadzono. Na razie nie ma jeszcze wyników. Tlenu zabrakło 30 marca, bo szpital za późno zrobił zamówienie". Czy tak ma funkcjonować nasza służba zdrowia? Czy tak mamy podchodzić do obowiązków, które powinny być realizowane w ramach zarządzania tą służbą zdrowia?

Panie przewodniczący, chciałbym złożyć wniosek o to, aby nasze obrady przełożono na jutro. Drugi wniosek jest taki, żeby do jutra zostały posłom dostarczone dokumenty. O jakich dokumentach mówię? Otóż… Kto? Pan przewodniczący? Już panu przewodniczącemu czytam…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle Szopiński, proszę kontynuować. Bardzo proszę.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Bardzo proszę, żeby pan uspokoił swojego kolegę, posła Hoca, który, tak jak ja go słuchałem, powinien mnie wysłuchać…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, proszę dokończyć.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

„Rozwiązania legislacyjne" – czytam w dokumencie podpisanym przez pana premiera – „wprowadzone w roku 2014 w zakresie map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań. W szczególności oczekiwania co do zmiany aktualnego stanu rzeczy przedstawia Komisja Europejska, w związku z koniecznością zapewnienia racjonowania wydatków europejskich w ramach kolejnej perspektywy finansowej na lata 2021–2027". Otóż domagam się, aby do jutra został przedłożony posłom ów dokument, o którym pisze pan premier, w którym Komisja Europejska domaga się od Polski jakichś dokumentów, krytykuje stan służby zdrowia w Polsce i wskazuje na źródła tudzież na elementy, które Polska powinna podjąć, aby polska służba zdrowia dobrze funkcjonowała. Jeżeli Komisja Europejska wystąpiła do Polski, to my procedując treść tej ustawy, powinniśmy ten dokument znać. Inaczej nasze procedowanie tutaj jest zupełnie bez sensu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Joński, bardzo proszę.

Poseł Dariusz Joński (KO) – spoza składu Komisji:

Dziękuję. Panie przewodniczący, ponieważ tutaj były głosy odnośnie do tego, co powiedział pan poseł Szopiński w przypadku Poznania, szpitala tymczasowego, to przypomnę, że ten brak tlenu – bo tu panowie z PiS pytali – to jest szpital tymczasowy w Poznaniu. Tam zabrakło tlenu. Za ten szpital tymczasowy, jak każdy inny, odpowiada Ministerstwo Zdrowia a nie prezydent miasta, żebyśmy mieli jasność w tej sprawie. Tutaj pojawiła się uwaga, że to rzekomo prezydent odpowiada. Nie, to Ministerstwo Zdrowia odpowiada za szpitale tymczasowe. Chciałbym więc się skupić i krótko pokazać, jak to funkcjonuje. Rząd mógł się wykazać…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, z całym szacunkiem, mówmy jednak na temat. Rozumiem, że można jakoś zagaić, troszkę poszerzyć temat wypowiedzi, ale rozmawiajmy na temat mapy potrzeb zdrowotnych, a nie tlenu w szpitalu. Bardzo bym prosił.

Poseł Dariusz Joński (KO) – spoza składu Komisji:

Chcę pokazać przez przykład szpitali tymczasowych, jak państwo zarządzacie służbą zdrowia, podczas gdy idzie prawie 1 mld zł na te szpitale.

19 lutego pan minister zdrowia ogłosił trzecią falę, a pod koniec lutego większość tych szpitali była pusta. Do dzisiaj większość szpitali tymczasowych jest zajęta tylko w 30%. Ten przykład pana posła Szopińskiego, że zabrakło tlenu zarówno w butli głównej, jak i rezerwowej, pokazuje najlepiej, jak te szpitale tymczasowe są przygotowane. Ale ja chcę to pokazać na jednym przykładzie, może na trzech, najlepiej… Otóż budujecie państwo szpital tymczasowy we Wrocławiu za kwotę 76 mln – najdroższy szpital tymczasowy w Polsce. De facto podwyższacie wartość prywatnego przedsiębiorcy na terenach, które nawet do niego nie należą. Budujecie dwie dodatkowe hale. W tej hali nie ma żadnego pacjenta nawet dzisiaj, podczas szczytu trzeciej fali… Chodzi o duże pieniądze, panie ministrze… No ma, dlatego, że jeśli mówicie o centralizacji, to za chwilkę powiem…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, żeby wyjaśnić jedną rzecz. Zaraz oddam panu posłowi dalej głos.

Szanowni państwo, jeżeli ktoś nie przeczytał tej ustawy i nie przeczytał ustawy z roku 2014, to ja państwa informuję, że my mówimy o mapach potrzeb zdrowotnych. Nie mówimy ani o szpitalach tymczasowych, ani o centralizacji, ani w ogóle nic z tych rzeczy. Być może ktoś nie przeczytał, więc informuję. Na dodatek mówimy o nowelizacji ustawy, która została przyjęta za czasów koalicji PO–PSL. To tak na marginesie.

Proszę kontynuować, panie pośle.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie przewodniczący, proszę pana o nieskładanie wniosku – przepraszam, jeżeli ja mogę – bo z tego, co pan mówi, wynika, że to pan nie przeczytał tej ustawy. Dlatego ja w uzasadnieniu… Panie przewodniczący, pan ma zwyczaj przerywać wszystkim, jeśli panu nie pasuje albo ktoś mówi niewygodne rzeczy dla rządzących. Bardzo pana proszę i upominam pana jako wiceprzewodniczący, żeby pan nie przerywał posłom ich wywodów. To jest Komisja, na której posiedzeniu każdy ma prawo się wypowiedzieć. Natomiast gdyby pan się nie spóźnił, to by pan usłyszał, dlaczego mówimy o tym, że to jest ustawa, która dąży do centralizacji. Gdyby pan przeczytał tę ustawę naprawdę dobrze, to pan by to zrozumiał. Przepraszam bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, panie przewodniczący, darując już sobie te złośliwe przytyki, chciałbym panu zwrócić uwagę, że, po pierwsze, wiem, o czym jest ta ustawa, od tytułu poczynając. Po drugie, wiem, pewnie trochę więcej niż pan, na temat tych prac, które tak państwa przerażają, a dotyczą centralizacji, i chcę pana przewodniczącego uspokoić. To tyle w tej sprawie. I nie na ten temat dzisiaj rozmawiamy. Na ten temat rozmawialiśmy mniej więcej miesiąc temu i pewnie będziemy jeszcze rozmawiać w przyszłości, jeżeli państwo taki wniosek złożycie. A teraz szanujmy się, bo ja dbam o powagę Komisji, żebyśmy rozmawiali merytorycznie, a nie mieli swego rodzaju Hyde Park, i żebyśmy rozmawiali na temat.

Oddaję ponownie głos panu posłowi Jońskiemu. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Dariusz Joński (KO) – spoza składu Komisji:

Dziękuję. Mam nadzieję, że pan przewodniczący już po raz trzeci nie będzie przerywał. Naprawdę to będzie krótko, ale treściwie.

Mówiłem o szpitalu tymczasowym we Wrocławiu. Nie wiem, czy pan przewodniczący miał okazję oglądać ten nowo wybudowany obiekt w dwóch halach. Oczywiście żadnego łóżka, żadnego pacjenta w tej hali nie ma. Szczerze mówiąc, bardzo ciekawa umowa między wojewodą a szpitalem, który obsługuje – są tylko łóżka internistyczne i zakaźne, nie ma żadnych łóżek OIOM-owych, chociaż na instalację poszło prawie 25 mln. Zresztą

to nie jest pierwszy szpital, gdzie OIOM-owe w ogóle nie są obsługiwane. Otóż 76 mln, panie przewodniczący, a popatrzmy, jak samorządowcy budują szpitale.

Proszę bardzo. Września – 66 mln, nowy szpital na 190 łóżek. Gniezno – 200 łóżek, siedmiokondygnacyjny gmach, razem z lądowiskiem helikopterów. Ile? 90 mln. I one tam zostaną, a państwo pobudowaliście szpitale tymczasowe, w których albo, tak jak w przypadku Kielc, nie było łóżek, bo pan wojewoda tylko na konferencję prasową je miał – dopiero, kiedy zrobiliśmy konferencje prasową, były przywożone w ostatniej chwili – albo, tak jak w przypadku właśnie szpitala tymczasowego we Wrocławiu, wydano ogromne pieniądze i puste hale stoją do dzisiaj. Podniesiono jednak wartość inwestorowi, który tam jest. Drogi przeciwpożarowe były budowane i nowe hale, które będzie mógł odkupić – uwaga – za 1,2 mln, a zbudowano za 50 wraz z instalacjami. Ja bym nie chciał, aby tak były wydatkowane publiczne pieniądze.

Jeśli pan mówi, żebyśmy się szanowali, to szanujmy się my i szanujmy nasze pieniądze. Szanujmy też lokalnych mieszkańców, którzy decydują, między innymi w powiecie, jaką służbę zdrowia chcą mieć. 22 lata temu szpitale były przekazywane przez wojewodów powiatom. Przez 22 lata były w te szpitale pompowane pieniądze samorządowe – jak można powiedzieć – żeby faktycznie odpowiadały zapotrzebowaniom tych ludzi, którzy tam mieszkają, a ta ustawa, i pewnie kolejna, będzie szła wprost do centralizacji, odebrania tych szpitali powiatom na rzecz Skarbu Państwa, na rzecz Ministerstwa Zdrowia. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia będzie tak zarządzało, jak pokazało to w ostatnim roku, że przy wydatkowaniu miliarda złotych te szpitale de facto działają tylko na 20–30% – najlepszym tego przykładem jest Szpital Narodowy, ale jest też Łódź, właśnie Wrocław, Kraków, każde duże miasto, gdzie był budowany szpital tymczasowy – to ja bym tak nie chciał, po prostu. Dlatego zabieram głos w tej sprawie, że wiem, do czego PiS dąży – do przejęcia wszystkiego.

To, o czym mówiła pani poseł Zawisza. Tak, w tych miastach, tak jak w przypadku Łodzi, gdzie wprowadziliśmy procedurę in vitro, będziecie chcieli to zmienić, żeby ta procedura była nieopłacana. Jeśli kogoś będzie stać, to oczywiście będzie mógł zapłacić te ogromne pieniądze. Dzisiaj w czterech szpitalach miejskich, w tym w jednym faktycznie, można dokonać in vitro, które jest finansowane z Urzędu Miasta Łodzi. Żałuję bardzo, że ten program PiS zlikwidował, bo dzięki temu bardzo wiele rodzin mogło liczyć na szczęście, a dzisiaj wasz program po prostu się nie sprawdza. Niestety bezpłodność to jest choroba cywilizacyjna. Dzisiaj co trzecia para nie ma dziecka. Tutaj między innymi znajdziecie pomysł, jak zlikwidować in vitro w miejskich szpitalach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, od razu mówię, że nie udzielam drugi raz głosu, bo tu widzę już kilka zgłoszeń po raz drugi. Będziemy za chwilę głosować. Natomiast, szanowni państwo, ja też odniosę się do tego projektu ustawy w kontekście, który zresztą został tu przez państwa wywołany.

Otóż, panie pośle Joński, powiem tak. Bardzo dobrze, że są organy, ale także i posłowie, którzy dbają o transparentność w państwie. W państwie potrzebna jest transparentność. Jest potrzebne to, aby wszystko było maksymalnie jawne, aby wszelkie wydatki, zwłaszcza publiczne, były absolutnie nieukrywane. Ja też jestem tego zwolennikiem. Oczywiście zawsze należy zakładać dobrą wolę i mam nadzieję, że wszyscy państwo też zakładacie, albo przynajmniej powinniście zakładać, dobrą wolę rządzących, a nie doszukiwać się wszędzie sytuacji spiskowej czy podejrzanej. Jednak – tak jak powiedziałem – dobrze, że są kontrole różnych organów, bo przecież mamy różne instytucje kontrolne w Polsce, które temu służą. To po pierwsze.

Po drugie, posiedzenia Komisji Zdrowia poświęcaliśmy i możemy poświęcać innym tematom, również tym związanym ze szpitalami tymczasowymi, z wydatkowaniem środków finansowych. Wszystko to możemy zrobić, natomiast dzisiaj skupmy się na ustawie o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Szanowni państwo, tak się składa, że mapa potrzeb zdrowotnych lepsza, gorsza, została wprowadzona za czasów rządów naszych poprzedników, za czasów rządów

PO–PSL. Czy było to wtedy krytykowane? Czy była wtedy gorąca dyskusja, również z naszym udziałem jako opozycji? Tak, oczywiście była. I oczywistą rzeczą jest również to, że po paru latach dokonuje się stosownej korekty w ramach tego planu. A dlaczego? A dlatego, że gdyby państwo przejrzeli i przeczytali stenogramy ze wszystkich posiedzeń Komisji, które w ciągu tych dobrych kilku lat się odbyły, to zauważyliby, że sami państwo wielokrotnie podkreślali, że coś gdzieś nie działa, że w poszczególnych powiatach właśnie te mapy potrzeb zdrowotnych nie odpowiadają realnym, aktualnym potrzebom, że owszem, wprowadziliśmy tak zwany IOWISZ, natomiast te inwestycje w ochronie zdrowia nie zawsze są trafne czy czasami realizujemy czyjeś lokalne pomysły, a z kolei nie dokonujemy innej korekty.

Przykład – choćby jeden – cały czas mała liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych w stosunku do niektórych innych profili w poszczególnych szpitalach. To coś, o czym państwo wielokrotnie mówili. Czy w związku z tym ta ustawa będzie jedną wielką doskonałością i spowoduje, że oto wszyscy razem – i szczebel centralny, i szczebel samorządowy – w sposób idealny zadbamy o właściwą mapę potrzeb zdrowotnych, a przede wszystkim o ich realizację? Od razu odpowiem: z pewnością nie i z pewnością będziemy jeszcze niejeden raz musieli tę mapę potrzeb zdrowotnych korygować. Powiem więcej. Będzie do naturalne i zrozumiałe, bo będzie się zmieniała chociażby demografia i będziemy musieli to wszystko w ramach map potrzeb zdrowotnych uwzględniać.

Natomiast muszę państwa rozczarować. Jeżeli państwo sprawdzą, ile było wykonywanych zabiegów in vitro za czasów wojującego o in vitro Bartosza Arłukowicza, a ile za czasów, jak mówicie, zwalczającego tę procedurę Konstantego Radziwiłła, kiedy był ministrem, to się państwo rozczarujecie, bo w samorządach za czasów Radziwiłła wykonywano ich kilkakrotnie więcej niż za czasów jego poprzednika z państwa koalicji. Dlaczego? Dlatego że czym innym jest – i tu rzeczywiście dokonano zmiany, jeżeli mówimy o in vitro – finansowanie z budżetu centralnego, a czym innym jest wyłączenie samorządów. Nie ma żadnego wyłączenia samorządów z takiej czy innej procedury, natomiast mapy potrzeb zdrowotnych jak najbardziej są i oczywiście – tak jak powiedziałem – pewnie jeszcze nie raz korygowane będą.

Szanowni państwo, żeby nie przedłużać, szanując również wasz czas, bardzo proszę o merytoryczną dyskusję na ten temat, chyba że przejdzie wniosek o odrzucenie w pierwszym czytaniu, to wtedy oczywiście nie będzie dalszej dyskusji.

Mam jeszcze dwa zgłoszenia. Jedno z sali, a drugie w połączeniu…

Poseł Dariusz Joński (KO) – spoza składu Komisji:

Panie przewodniczący, jeśliby można sprecyzować. Dobrze, żeby to wybrzmiało. Pan powiedział o panu Arłukowiczu. Otóż chcę powiedzieć…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak.

Poseł Dariusz Joński (KO) – spoza składu Komisji:

…że jeśli chodzi o ten polski cud, jakim była ta ustawa o in vitro, to dzięki temu urodziło się – uwaga – 22 188 dzieci. Państwo zlikwidowaliście tę ustawę i finansowanie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, ja to mówię, ponieważ tu była mowa o samorządach, że je wyłączono, że im się zabrania. Niczego nie zabroniono, bo później, za czasów Zjednoczonej Prawicy, akurat samorządy to, co chciały robić, dalej robiły. Państwo sami te przykłady przytaczaliście, mówiąc o poszczególnych miastach…

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Nie ma w Krakowie, Gorzowie Wielkopolskim, Zielonej Górze i w kujawsko-pomorskim ze względu na działanie wojewody…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale posłuchajcie, zostawmy to…

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Kto powołuje wojewodę?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bardzo proszę panią prezes Rej o zabranie głosu. Izba Gospodarcza „Farmacja Polska", bardzo proszę, a później pan.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

Czy mnie słychać?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, słychać. Proszę o zwięzłą wypowiedź.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

Dziękuję bardzo. Pozwoliłam sobie zwrócić się do Komisji Zdrowia z prośbą, żeby państwo zechcieli uwzględnić zgłaszany przez nas od dłuższego czasu problem zmiany ustawy, właśnie tej, która dotyczy leków dla osób 75+. Ta ustawa jest wadliwa, ponieważ ze względu na zapisy uniemożliwia ludziom starszym, którzy nie mają zaufanego podpisu, jak również czynnego konta…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani prezes, najmocniej panią przepraszam, ale chyba pani pomyliła ustawy, bo nie tą ustawą dzisiaj się zajmujemy.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

Panie pośle, pan mnie po prostu wywołał do odpowiedzi…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, nie, nie. Momencik. Pani prezes, ja pani nie wywoływałem, tylko zgłoszono mi, że pani chce zabrać głos w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych…

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

Tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

…i że pani się zgłosiła. Jeżeli pani się nie zgłasza, to oczywiście przyjmuję to do wiadomości. Kiedy będziemy się zajmować refundacją leków, to wtedy na ten temat podyskutujemy.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

W tej ustawie jest właśnie zapis o 75+. W tej ustawie, która dzisiaj jest. Tam jest również część lekowa.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Bardzo proszę w takim razie, pani prezes, odnieść się jeszcze do tego.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

Pozwoliłam sobie złożyć na piśmie do pana posła i do wielu pozostałych posłów nasz postulat i prośbę o przychylne rozpatrzenie tej prośby. Ponieważ wysłałam ją wczoraj do państwa skrzynek poselskich, mam nadzieję, że pan poseł też miał możliwość zapoznania się z nią. Żeby nie przedłużać sprawy dalej, proponuję rozpatrzyć to przez państwa, jeżeli ktokolwiek zechce na ten temat zabrać głos. Jak mówię, wielu posłów zostało o tym poinformowanych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Dostałem właśnie teraz z sekretariatu Komisji tę pani poprawkę.

Bardzo proszę, jeszcze jeden głos. Proszę uprzejmie.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

Czy to mnie pan chciał jeszcze tego głosu udzielić? Nie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie. Dziękuję bardzo…

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" Irena Rej:

To dziękuję. Chciałabym bardzo, żeby pan poseł przychylnie popatrzył na moje wystąpienie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta Jarosław Chmielewski:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, panie ministrze, panie i panowie posłowie, Jarosław Chmielewski, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Szanowni państwo, pozwolę sobie odnieść się do kwestii, którą wywołał pan przewodniczący Miller, uwzględniając w projekcie zmiany przedstawiciela rzecznika praw pacjenta. Panie pośle, ja bardzo przepraszam, ale zarówno rzecznik, jak i pracownicy biura nigdy nie podchodzą do kwestii pacjenckich politycznie. Ustawa powstała w 2008 r. Gdybyśmy tak rozpatrywali te kwestie, o których przed chwileczką mówił choćby pan poseł w zakresie braku tlenu w szpitalu w Poznaniu czy w szpitalach na terenie województwa mazowieckiego, nie byłoby wystąpień rzecznika praw pacjenta i nie dopominalibyśmy się o prawa pacjenta.

To, o czym przed chwileczką mówiła pani prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska", również jest obiektem zainteresowania i również rozmawiamy bezpośrednio z Ministerstwem Zdrowia. Rozmawiamy z panem ministrem Miłkowskim. Faktycznie jest problem seniorów i to, o czym pani prezes mówiła przed chwileczką, również sygnalizujemy.

W pełni popieram kwestię udziału przedstawiciela rzecznika praw pacjenta w wojewódzkiej radzie, ponieważ tutaj jesteśmy obecni. Mówimy o rzeczniku praw obywatelskich. Szanowni państwo, z całym szacunkiem do urzędu rzecznika, czy jest tutaj dzisiaj przedstawiciel rzecznika. Nie, ponieważ w 2008 r. ustawodawca stwierdził, że te kwestie będzie realizował rzecznik praw pacjenta. W pełni popieramy stanowisko Ministerstwa Zdrowia. Nie chciałbym, żeby tutaj rozgrywali państwo urzędem rzecznika sprawy polityczne, ponieważ my naprawdę – proszę mi wierzyć – realizujemy kwestie pacjenckie...

Możliwe, że źle odebrałem intencje pana przewodniczącego Millera w kontekście udziału rzecznika praw pacjenta. Jeżeli faktycznie źle odebrałem, to przepraszam, ale czułem się zobowiązany do tej kwestii się odnieść.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ponieważ pan poseł Miller został wywołany, to rozumiem, że wyjaśni, że był źle zrozumiany.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Proszę pana, ja w drugą stronę. Jeżeli pan mnie źle zrozumiał, ja źle się wyraziłem, to przepraszam. Bardzo cenię państwa pracę. Mało tego, uważam, że na poziomie każdego regionu powinien być rzecznik praw pacjenta. Ja tylko mówiłem o tym, że ruch w sensie zamiany przedstawiciela rzecznika praw obywatelskich na przedstawiciela rzecznika praw pacjenta uważam za niezbyt zrozumiały dla mnie i korzystnie to pan w tej chwili wyjaśnił. Natomiast nic by się nie stało, gdyby jednak był przedstawiciel i jednego, i drugiego, ze względu na tak ważny problem, jakim jest organizacja i interes pacjenta, który powinien być w centrum zainteresowania. Przyjmuję więc pana słowa i jeżeli pan mnie źle zrozumiał albo ja powiedziałem coś nie tak, to bardzo przepraszam, bo mam wielki szacunek dla państwa pracy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo…

Dyrektor departamentu Biura RPP Jarosław Chmielewski:

Dziękuję bardzo, panie pośle.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan minister, oddaję głos. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jednak z pewnym zdziwieniem słuchałem tej dyskusji. Wydaje mi się, że dyskusja była pod hasłem „P" jak polityka, a nie „M" jak merytoryka… Niestety nie usłyszałem konstruktywnej krytyki tego projektu poza pewnymi hasłami, które przejawiały się w większości: centralizacja, nacjonalizacja, odsunięcie samorządów, brak wpływu samorządów itd. To trochę może pytaniem na pytanie: Gdzie my te samorządy marginalizujemy? To znaczy, w którym miejscu tej ustawy marginalizujemy wpływ samorządów?

Ustawa z 2014 r., a więc jakby nie patrzył pod wpływami innego rządu, innego ugrupowania, mówiła o tym, że w wojewódzkich radach mamy jednego przedstawiciela konwentu powiatów i jednego przedstawiciela marszałka województwa. Zaskoczę państwa – mamy to samo. Nic nie zmieniliśmy. To znaczy, nie zmieniliśmy wpływu samorządów. Mieli po jednym przedstawicielu i – zaskoczenie – mają dalej. Jednak, szanowni państwo, mieli jednego w stuosobowej radzie. Jeśli więc miałbym się kłócić o proporcje – a miałem przyjemność skończyć matematykę – to teraz mają większy wpływ, bo mają jednego w siedmio- czy ośmio-, czy dziesięcioosobowej radzie. No nie dyskutujmy na takie argumenty, bo ciężko się dyskutuje.

Co więcej, mówimy o tym – i tu wprowadzamy pewne rozwiązania, których nawet nie było – co będzie działo się z wojewódzkimi planami transformacji. Będą podlegały opinii marszałka, opinii konwentu powiatów. Jeżeli państwo twierdzicie, że my marginalizujemy tą ustawą wpływ samorządów, to ja mogę powiedzieć, że gdybyśmy chcieli go zmarginalizować, to tych punktów by nie było. W prosty sposób można było ich usunąć z ustawy i mielibyśmy tę samą dyskusję co dzisiaj, jak rozumiem. Szukam argumentacji.

Odnośnie do rzecznika praw pacjenta, to myślę, że tu przedstawiciel rzecznika powiedział dość wyraźnie. Ja akurat podzielam to zdanie w 100-procentach. Myślę, że wyłapaliśmy coś, czego przez 12 lat się nie wyłapało, że Rada Narodowego Funduszu Zdrowia nie miała przedstawiciela rzecznika praw pacjenta. Zatem, ponieważ rzeczywiście ponad dekadę temu ta instytucja przejęła obowiązki RPO, tylko dlatego jest ta zmiana. Ona jest oderwana od jakiejkolwiek polityki, od jakichkolwiek uwarunkowań związanych z rzecznikiem praw obywatelskich. Powiem więcej. Jeżeli tylko dzisiaj zgłosicie państwo poprawkę, że ten przedstawiciel rzecznika praw obywatelskich w radzie funduszu jest istotny i może wpłynąć na różne decyzje i ochronę pewnych praw obywatelskich, to ja pod tym się podpiszę i powiem, że ta poprawka jest słuszna, jedynie w tym wariancie, że oczywiście rozszerzymy radę o rzecznika praw pacjenta, bo to było naszą intencją.

Szanowni państwo, dużo wypowiedzi krążyło wokół tej centralizacji. Naprawdę znam ustawę na pamięć. Nie odnajduję mechanizmów, które w jakiś istotny sposób wprowadzają tutaj zawładnięcie przez ministra zdrowia tymi obszarami. Powiem więcej. Wprowadzamy pewne mechanizmy, które i eksperci ochrony zdrowia, i rzeczywiście Komisja Europejska w swoim opracowaniu przygotowywanym przez – może bez nazwisk – jednego z ekspertów, których zakontraktowała… Pokazali nam to, o czym mówił już pan przewodniczący Latos, czego brakowało w ustawie z roku 2014. A brakowało tego, że mapy potrzeb oparte na podstawie tamtej ustawy były zbyt ogólne, często nieaktualne, pokazywały suche dane, pokazywały tabelaryczne ujęcie świadczeń zdrowotnych, nie przekładały się na rekomendacje i wnioski, nie przekładały się na pewien plan operacyjny, jak te wielotomowe opracowania analityczne przełożyć na faktyczne działania.

To robimy – wprowadzamy strategię. Strategię na poziomie wojewódzkim i strategię na poziomie krajowym. Operacjonalizujemy mapy potrzeb zdrowotnych. Nie wiem, co tu budzi kontrowersje. Tryb opracowywania? Nie usłyszałem tej argumentacji. Czy to, że minister zdrowia ma opiniować wojewódzkie plany transformacji? No ma, pod kątem wymienionym w ustawie – zgodności z planami, zgodności ze strategiami obszarowymi. To jest wartość dodana, po to, żeby na poziomach wojewódzkich nie powstawało coś w oderwaniu od pewnych ram strategicznych. Jeżeli to w państwa ocenie jest centralizacją, no to – przewrotnie – czy chcielibyście państwo…

Panie pośle, nie przeszkadzałem, nie komentowałem. Chętnie wysłucham w toku dalszej dyskusji.

Mówicie państwo o tym, że to jest pewna centralizacja. Uważam wprost odwrotnie, że to jest pewne strategiczne zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Jeżeli tylko dzisiaj minister zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia zapewniają finansowanie świadczeń zdrowotnych, budują pewne narzędzia, takie właśnie jak mapa potrzeb zdrowotnych, jak IOWISZ, w mojej ocenie absolutnie racjonalizujące system ochrony zdrowia – nie centralizujące, racjonalizujące – to wydaje się, że pewne mechanizmy weryfikacji, czy to, co powstaje na poziomie strategii wojewódzkiej, przekłada się czy ma odzwierciedlenie w strategiach krajowych, w strategiach różnych, poszczególnych obszarów: kardiologicznej, onkologicznej, chorób rzadkich, związanych z psychiatrią itd. Są to bardzo racjonalne mechanizmy kontrolne.

Tu mówił pan Sośnierz o tym, że jest dużo technokratycznego myślenia. I świetnie! Czas w ochronie zdrowia myśleć tak, jak myśli się w pewnych korporacjach, jak myśli się w biznesie, jak buduje się pewne strategie. Buduje się je oddolnie, od pewnych decyzji na poziomie regionalnym. Chyba gdybyście byli państwo przedstawicielem zarządu dużej korporacji, to chcielibyście mieć wpływ na to, co na dole powstaje w ramach pewnej strategii, planu zakupu, planu sprzedaży itd. Jest to dla mnie coś absolutnie zrozumiałego. Dziwię się, że budzi to pewne wątpliwości.

Odnośnie do kilku kwestii szczegółowych, bo w tych ogólnych naprawdę szukam, szukam i… Rozumiem, że być może dyskusję zdominowała będąca ostatnio w obiegu publicznym szumna nazwa nacjonalizacji sektora ochrony zdrowia, nacjonalizacji szpitali itd., natomiast w tej ustawie tego w ogóle nie odnajduję. Być może myślimy o innych ustawach i wyprzedzacie państwo tą dyskusją to, co zaprezentujemy w najbliższym czasie, o czym również na posiedzeniu Komisji Zdrowia rozmawialiśmy.

To może kilka szczegółów. Pani poseł Zawisza – ważny moment związany z samorządami. Mowa o zgodności programów samorządowych z planami transformacji. Pani poseł, odnośnie do zasady, nic nie zmieniamy. Dlaczego? Przekładamy tylko nomenklaturę. W poprzedniej ustawie ten przepis brzmiał identycznie. Odwoływał się nie do planów transformacji, tylko do priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej, które również były przygotowywane przez wojewodów i było to zaproponowane jako rozwiązanie w roku 2014. Chyba nikt wtedy nie podnosił tego, że programy samorządowe „wylecą" i nie będą mogły być finansowane przez samorządy, bo wojewoda czy minister zdrowia zakwestionuje ich zgodność. Przepis funkcjonuje, istnieje. Programy samorządowe do dziś dnia mają być zgodne z priorytetami polityki regionalnej przygotowywanymi w myśl tamtej ustawy przez wojewodę.

Chyba tym co najważniejsze – bo to podnosił i poseł Sośnierz, i pani poseł Hennig-Kloska – czego brakowało i brakuje moim zdaniem w myśleniu o strategicznym planowaniu zasobów, strategicznym planowaniu infrastruktury, w ogóle w strategicznym podejściu właśnie do potrzeb zdrowotnych, jest to, że te mechanizmy z mapy potrzeb zdrowotnych nie przekładały się na stan faktyczny. Nie miały tego ciągu decyzyjnego. To właśnie operacjonalizując, wprowadzając te plany transformacji, wprowadzając pewien proces ich tworzenia, opiniowania – przypominam, marszałkowie, powiaty itd., czyli właśnie samorządy – weryfikacji przez ministra zdrowia…

Może przytoczę dokładnie, pod jakim kątem, żeby transparentnie pokazać, co minister zdrowia będzie weryfikował. Będzie weryfikował zgodność z mapą potrzeb, zgodność z krajowym planem transformacji, zgodność z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia, celowość uwzględnienia działań wykraczających poza rekomendowane kierunki działań przedstawionych w mapie potrzeb, adekwatność działań przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu do potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu ochrony zdrowia wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa. Nie wydaje mi się, żeby tutaj katalog działań ministra zdrowia był inny niż wszyscy oczekiwalibyśmy. Minister zdrowia powinien mieć rolę racjonalizującą sektor ochrony zdrowia, niezależnie od tego, czy jesteśmy w tych rządach, czy w innych. Wydaje się to absolutnie konieczne i niezbędne, żeby rzeczywiście mówić o tym, że zarządzamy w sposób racjonalny.

Szanowna Komisjo, szanowni państwo, wnoszę o przyjęcie tej ustawy i rzeczywiście dalsze jej procedowanie, być może z pewnymi zaproponowanymi poprawkami, nad któ-

rymi chętnie się pochylę. Jednak naprawdę – wracam do mojego przemówienia wstępnego –nadal nie znajduję kontrowersji w tym akcie i dziwię się tej dyskusji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na tym zakończyliśmy pierwsze czytanie. W pierwszym czytaniu został postawiony wniosek – chyba dwu- czy nawet trzykrotnie – o odrzucenie ustawy w pierwszym czytaniu…

Głos z sali:

Panie przewodniczący, zgłaszają się jeszcze osoby…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, przepraszam bardzo, po pierwsze, jeżeli mamy się szanować, to się szanujmy, więc proszę, niech nikt nie włącza mikrofonu. Ja otrzymuję listę z sekretariatu Komisji i po udzieleniu głosu panu ministrowi już nikomu więcej głosu nie udzielam. Nie będziemy wielopiętrowo tej dyskusji prowadzić. Proszę zgłaszać się wcześniej. Można robić to nawet na początku dyskusji, a pani prezes Rej zgłosiła się nawet wczoraj.

Przechodzimy zatem do głosowania. Dalej idącym wnioskiem jest wniosek o odrzucenie ustawy w pierwszym czytaniu. Zanim to zrobimy, musimy zamknąć głosowanie nad kworum. Tak więc, bardzo proszę o podanie wyników dotyczących kworum.

W posiedzeniu Komisji bierze udział 41 posłów. Zatem stwierdzam, że kworum mamy. Przechodzimy do głosowania nad wnioskiem.

Kto z pań i panów posłów jest za wnioskiem o odrzucenie ustawy w pierwszym czytaniu? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Proszę o podanie wyników. Głosowało 38 posłów: za było 20, przeciw było 18, nikt się nie wstrzymał. Wniosek został przyjęty. Tym samym ustawa została odrzucona w pierwszym czytaniu. Dziękuję bardzo.

Sprawozdawcę też, w tej sytuacji, czy nie… W takim razie – rzeczywiście, bo to Sejm dalej rozstrzyga – chciałbym zaproponować jako sprawozdawcę Komisji pana przewodniczącego Piechę. Czy pan przewodniczący wyraża zgodę?

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy są inne propozycje? Nie widzę zgłoszeń. Czy ktoś z państwa jest przeciwny wobec propozycji wyznaczenia pana przewodniczącego Piechy na sprawozdawcę Komisji? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam, że pan poseł Piecha jest sprawozdawcą Komisji. Dziękuję.

Zamykam posiedzenie.